

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

461

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juin 1900, à 1 heure

PAR

Charles DHUYELLE

Né à Troyes (Aube) le 12 décembre 1869.

—**—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OPHTALMIE PURULENTE

ET EN PARTICULIER DE

L'OPHTALMIE SCROFULEUSE

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
WIDAL et ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

461

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale.		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUGHARD.	
Pathologie médicale.	}	DEBOVE.	
Pathologie chirurgicale.		HUTINEL.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie.		CORNIL.	
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène.		LANDOUZY	
Médecine légale.		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée.		BRISSAUD.	
		CHANTEMESSE	
Clinique médicale.	}	POTAIN.	
		JACCOUD.	
Maladie des enfants.		HAYEM.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.	
Clinique des maladies du système nerveux.			
Clinique chirurgicale.	}	JOFFROY.	
		FOURNIER.	
Clinique ophthalmologique.		RAYMOND.	
Clinique des maladies des voies urinaires.		BERGER.	
Clinique d'accouchements.	}	DUPLAY.	
		LE DENTU	
		TILLAUD.	
		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
Agrégés en exercice.			
MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR
PAUL BERGER

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OPHTALMIE PURULENTE
ET EN PARTICULIER
DE L'OPHTALMIE SCROFULEUSE

INTRODUCTION

Les conjonctivites qui s'accompagnent d'une sécrétion purulente souvent très abondante, ont été longtemps mal connues quant à leur nature. Ce furent les travaux de Neisser (1) et la découverte du gonocoque par cet auteur, qui jetèrent un premier rayon de lumière sur ces affections. A partir de ce moment, on put commencer à admettre comme tout-à-fait spéciale une grande catégorie de conjonctivites : les ophtalmies purulentes ou ophtalmo-blennorrhées. C'est pour rendre honneur au créateur de cette catégorie qu'on les a désignées sous le nom de conjonctivites de Neisser.

1. Neisser. *Centr. Bl. f. d. med. Wissenschaft*, n° 28, 1879.

M. Delens dans son article du *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, définit cette affection en ces termes : « La conjonctivite purulente se distingue de la conjonctivite catarrhale par la nature de sa sécrétion et surtout par la fréquence des complications cornéennes qui en font une affection d'une extrême gravité, si on la compare à la bénignité habituelle de la conjonctivite catarrhale.

La conjonctivite purulente s'observe surtout :

1° Chez les nouveau-nés.

2° Chez l'adulte dans le cours de la blennorrhagie.

Mais, comme il semble démontré par les recherches les plus récentes, qu'elle résulte dans ces circonstances d'un même agent infectieux, nous ne décrirons pas séparément, comme on le fait d'ordinaire, la conjonctivite des nouveau-nés et l'ophtalmie blennorrhagique. »

Avec M. Delens, la majorité des auteurs attribuent avec raison au gonocoque la plupart des ophtalmies purulentes des nouveau-nés et des jeunes enfants. On a pu se convaincre en effet, depuis les nombreuses et intéressantes recherches bactériologiques faites dans ces cas, que l'affection est très fréquemment de nature blennorrhagique. Il est bien établi actuellement que l'existence de l'écoulement vaginal chez la mère est la cause la plus habituelle de la conjonctivite purulente de l'enfant. Celui-ci pendant la traversée vaginale, au moment de l'accouchement, infecte sa conjonctive au contact des écoulements blennorrhagiques du vagin. Il peut même s'inoculer des gonocoques qui vivaient dans le liquide vaginal sans avoir lésé la muqueuse.

L'explication des ophtalmies purulentes chez les en-

fants un peu plus âgés, est donnée de la façon suivante : ce sont les doigts, les linges, les éponges et les serviettes contaminés par le gonocoque qui deviennent les véhicules des germes contagieux, quand on les utilise pour la toilette du jeune enfant. C'est ainsi, nous dit M. Delens, que s'expliquaient les épidémies observées à la Maternité de Paris et à l'hospice des Enfants assistés.

D'ailleurs, Lederchold, de Stockholm, a bien noté la fréquence plus grande de la maladie chez les enfants dont les mères étaient atteintes d'écoulement vaginal.

Peu à peu on en est arrivé à considérer presque toutes les ophtalmies purulentes comme des infections dues au gonocoque.

Si Tyler Smith a pu émettre l'opinion que l'acidité de l'écoulement a une action plus importante que sa nature purulente, il n'en est pas moins vrai qu'en clinique, toute conjonctivite suppurée éveille d'emblée l'idée d'une infection par le gonocoque.

Cependant il y a des ophtalmies purulentes chez les enfants qui relèvent d'un autre mode pathogénique et qui sont le résultat d'une infection par d'autres espèces microbiennes. C'est ainsi que, tout récemment M. Darier, dans une communication faite au Congrès international d'Utrecht, signale des ophtalmies purulentes différentes : les unes causées par des pseudo-gonocoques, des coli-bacilles, le bacille Weeks, le pneumonocoque ; les autres dues au gonocoque de Neisser.

Il est certain que l'ophtalmie gonococcique est de beaucoup la plus fréquente, tandis que les autres ophtalmies purulentes sont rares. Pourtant leur existence ne saurait

être mise en doute, et peut-être arriverait-on à les considérer comme moins exceptionnelles, si l'on pratiquait systématiquement l'examen bactériologique de tous les exsudats purulents de la conjonctive.

Nous étudierons principalement dans ce modeste travail ces dernières variétés de suppuration oculaire. Nous nous contenterons de rappeler les connaissances acquises sur l'ophtalmie gonococcique et nous insisterons surtout sur les variétés d'ophtalmie purulente d'autre nature. Nous envisagerons l'une après l'autre ces diverses variétés, tendant ainsi à classer les ophtalmies purulentes d'après leur nature microbienne.

Nous signalerons chemin faisant les recherches bactériologiques qui ont conduit à ces subdivisions et nous rappellerons les symptômes qui permettent de les différencier les unes des autres.

Nous insisterons en particulier sur une variété peu connue que nous n'avons guère vu signaler que par M. Valude dans son article du *traité des Maladies de l'enfance* de Grancher et Comby : c'est l'ophtalmie purulente scrofulieuse dont parle également Coppez.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de présenter l'hommage de notre profonde reconnaissance à M. le Docteur Millard : nous avons puisé près de lui de sages leçons qui feront toujours l'honneur de notre carrière médicale.

M. le Docteur Hervey a prodigué à notre famille ses soins éclairés et si dévoués ; il a été notre premier maître, qu'il agrée ici l'expression respectueuse de notre sincère gratitude.

Nous sommes heureux d'offrir l'hommage de notre reconnaissance à M. le Docteur P. Blaise et à M. le Docteur R. Petit pour les excellentes leçons qu'ils nous ont prodiguées.

Nous dédions ces pages à Monsieur le Professeur P. Berger ; il a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui demandons d'agréer notre profonde et très respectueuse gratitude.

DIVISION

Depuis les recherches bactériologiques sur les ophtalmies purulentes, on peut classer celles-ci en plusieurs catégories ; en effet les recherches microscopiques ont prouvé que ces ophtalmies ne sont pas toujours le résultat d'une infection identique quant à son agent. Dans la grande majorité des cas, et particulièrement chez les enfants, il s'agit de contamination de la conjonctive par le gonocoque de Neisser. Mais on a peut-être trop de tendance en clinique à qualifier de blennorrhagique ou de gonococcique toute conjonctivite suppurée sans se préoccuper du contrôle bactériologique. Trop facilement aussi on attribue à la seule conjonctivite blennorrhagique les accidents graves capables d'entraîner la perte de l'œil.

Nous n'essaierons pas de donner une division des ophtalmies purulentes, mais plusieurs affections de la conjonctive peuvent donner lieu à un moment donné à une suppuration plus ou moins grave ; et ce sont les conjonctivites arrivées à cette phase que nous voulons étudier, tant pour rappeler que toutes ne sont pas dues au gonocoque, que pour insister sur leur degré de gravité.

Dans l'article du traité de chirurgie, M. Delens montre que la suppuration peut se produire dans les conjonctivites catarrhales et aussi dans les conjonctivites phlycté-

nulaires. Dans le *Traité des maladies de l'enfance* de Gran-cher et Comby, M. Valude, à côté de la conjonctivite blennorrhagique, décrit la phase suppurative des conjonctivites catarrhales, phlycténulaires, et enfin de l'ophtalmie scrofuleuse.

Sans parler des conjonctivites pseudo-membraneuses, qui entraînent de la suppuration, mais que la production des fausses membranes suffit à définir, nous devons signaler des cas d'ophtalmies purulentes causées par le pneumocoque, par le streptocoque, etc... Ce sont ces diverses suppurations que nous envisagerons successivement ; dues à des micro-organismes différents, elles peuvent parfois présenter quelques caractères spéciaux et nous essaierons de montrer que, si les unes sont assez bénignes, d'autres peuvent entraîner des complications oculaires tout aussi graves que celles que l'on observe dans la conjonctivite blennorrhagique.

§. 1. — *Conjonctivite blennorrhagique.*

La conjonctivite blennorrhagique ou ophtalmie purulente des nouveau-nés est certainement la plus fréquente des conjonctivites suppuratives.

Étiologie. — Il est aujourd'hui bien démontré que l'infection est produite dans ces cas d'une façon à peu près constante par les sécrétions vaginales de la mère.

La contagion a lieu, soit pendant l'accouchement même, soit plus souvent après l'accouchement.

C'est ainsi que les lavages mal faits auraient pu en-

gendrer des ophtalmies au lieu de les prévenir (Valude). De ces ophtalmies, les unes sont précoces et se rapprochent des cas dans lesquels l'accouchement a été long après la rupture de la poche des eaux; les autres sont tardives et s'expliquent par le transport indirect des germes contagieux, soit que les doigts de la nourrice ou de la garde n'aient pas été aseptisés, soit que l'on ait employé par mégarde pour la toilette de l'enfant des linges souillés. Mais ces ophtalmies purulentes gonococciques, qui apparaissent du 3^e au 5^e jour après la naissance, ne sont pas les seules que l'on puisse observer chez les enfants.

En effet on a signalé chez des petites filles atteintes de vulvite avec leucorrhée des suppurations conjonctivales graves dues au même agent microbien. Ici encore ce sont les doigts ou les linges de toilette qui transportent le microbe et déterminent la maladie tout à fait comparable alors à l'ophtalmie blennorrhagique des adultes.

Symptômes. — L'affection débute d'ordinaire le 3^e, le 4^e ou le 5^e jour, au plus tard le 6^e après la naissance. On observe un gonflement rosé des paupières, sur un seul œil dans la majorité des cas. Ce gonflement œdémateux est principalement marqué sur la paupière supérieure. L'écoulement n'est pas purulent dès le début, mais quand on écarte les paupières, on voit dans le cul-de-sac conjonctival un peu de liquide transparent jaunâtre plus ou moins foncé mais qui n'est pas du pus. La constatation de ce liquide a une grande importance clinique, car on ne le retrouve que dans la conjonctivite gonococcique dont il est pathognomonique.

En inversant les paupières en dehors, la conjonctive apparaît rouge et tuméfiée, le gonflement augmente d'une façon progressive et rapide. Bientôt des filaments jaunâtres muco-purulents se déposent dans les culs-de-sac, nageant dans le liquide séreux. L'œdème de la paupière supérieure prend vite des proportions considérables à tel point que l'œil est complètement fermé ; cette paupière tombe au devant de l'inférieure et la déborde en cachant les cils. La sécrétion augmente parallèlement au gonflement et lorsqu'on entr'ouvre les paupières, le liquide est souvent projeté à une certaine distance.

La maladie arrive à sa période d'état au bout de cinq à six jours. Le gonflement persiste avec les mêmes caractères ; la conjonctive est très foncée, sillonnée de plis, et le liquide est devenu du pus épais jaunâtre, verdâtre, mais ordinairement bien lié ; c'est à cette période que se produisent les complications graves du côté de la cornée ; celle-ci est le siège d'une infiltration qui fait tache et au milieu de laquelle l'épithélium desquame. C'est dans ces conditions que l'ulcération et l'abcès de la cornée prennent naissance.

On a vu ces ulcérations qui débutent au pourtour du limbe, s'étendre circulairement d'une façon rapide et entraîner la mortification totale de la cornée. Celle-ci s'élimine donnant issue au contenu de l'œil qui est définitivement perdu.

Lorsqu'il ne se produit qu'une simple perforation de la cornée, l'iris peut s'y engager, prendre part à la cicatrisation et produire une synéchie antérieure ou un leucôme adhérent suivant les cas.

Lorsque la hernie irienne est plus complète, on a le staphylôme partiel ou le staphylôme total.

Ce sont là des complications graves de l'ophtalmie à gonocoques.

Quand les ulcérations guérissent, il subsiste souvent des taches opaques de la cornée qui, suivant leur siège, sont plus ou moins gênantes.

Quant aux symptômes généraux, ils ne sont guère accusés qu'à la période de suppuration. La fièvre s'allume, la diarrhée fait son apparition, l'enfant dépérit et perd rapidement de son poids. Cet état de déchéance générale n'est pas sans accélérer la marche des complications ulcératives.

En somme la maladie dure environ quinze jours en l'absence de complication cornéenne, et la guérison est annoncée par une diminution progressive de la rougeur et du gonflement ; la suppuration se tarit et l'enfant commence à ouvrir les yeux. Mais il faut prendre de grandes précautions pour protéger l'œil sain contre l'infection si facile à transporter d'un œil à l'autre.

Nous n'insisterons pas davantage sur les symptômes et l'évolution actuellement bien connus de cette maladie dont nous nous sommes contenté de donner un résumé rapide ; mais il faut bien savoir que d'autres ophtalmies purulentes sont capables d'entraîner des complications graves, voire même la perte de l'œil. Aussi l'examen bactériologique du liquide a-t-il en l'espèce une réelle importance pour conduire à un diagnostic précis.

Le gonocoque se retrouve facilement dans les conjonctivites blennorrhagiques ; chez l'enfant, tantôt on le voit

dans les préparations à l'état de liberté, tantôt il est inclus dans les cellules. Il n'a pas toujours la forme typique en grain de café, sous laquelle on le décrit en général, et Morax (1) a insisté sur la valeur des formes arrondies ou irrégulières du microbe. En somme son caractère le plus important est sa décoloration complète quand on emploie la méthode de Gramm.

OBSERVATION (personnelle).

Maria V..., âgée de deux ans, est admise à l'hôpital Trousseau, le 6 septembre 1894 pour une arthrite du pied gauche.

Cette enfant a toujours été bien portante ; née à terme, élevée au sein par sa mère, elle n'a jamais été malade jusqu'à ce moment.

Depuis trois semaines, l'enfant a présenté les symptômes suivants : tout d'abord elle a eu un peu d'inflammation vulvaire, bientôt accompagnée de sécrétion purulente ; puis subitement, du soir au lendemain matin, la douleur et le gonflement ont apparu à l'articulation du cou de pied.

A l'entrée à l'hôpital, on constate un gonflement très accusé de la région ; les téguments sont œdémateux et rosés ; la saillie des malléoles a disparu presque complètement. La douleur est très vive, surtout dans la région de l'interligne articulaire, à en juger par les cris que la pression du doigt arrache à l'enfant. Les mouvements spontanés sont nuls ;

1. Morax. *Congr. ann. de la soc. ophtalm. de Paris*, 3-6 mai 1897.

les mouvements provoqués avec prudence réveillent la douleur.

D'autre part la vulve est rouge, enflammée ; on y constate des ulcérations superficielles avec léger écoulement louche mais non franchement purulent.

Pansement ouaté compressif ; lavages antiseptiques des organes génitaux.

Le troisième jour, on trouve que la malade a les paupières agglutinées le matin au réveil. Quand on l'examine, on voit les conjonctives palpébrales enflammées, avec rougeur et gonflement plus marqué à droite. Il y a une sécrétion jaune transparente très caractéristique. On porte le diagnostic de conjonctivite blennorrhagique, et on institue immédiatement le traitement par les lavages boriqués avec la canule spéciale et le badigeonnage au nitrate d'argent, suivi de badigeonnage à l'eau salée. Le lendemain même état, un peu de chémosis à droite.

Le 12 septembre, l'œil droit est le siège d'une sécrétion purulente. Le pus examiné au microscope contenait des gonocoques décolorables par la méthode de Gramm.

Même traitement.

Aucune complication du côté de la cornée.

Guérison sans accidents. L'œil gauche n'a pas été le siège de sécrétion purulente.

Dans cette observation, l'enfant a eu de la vulvite blennorrhagique dont la cause n'a pu être déterminée. Il est possible que l'infection soit venue de la mère qui avait des pertes blanches, et que le transport des

microbes ait eu lieu par les linges servant à la toilette.

En tout cas l'enfant a eu une arthrite blennorrhagique et ensuite une conjonctive purulente à gonocoques, la conjonctive ayant été contaminée par les doigts de la petite malade.

§ 2. — *Conjonctivite phlycténulaire.*

La conjonctivite phlycténulaire, l'une des plus anciennement connues, existe bien rarement à l'état isolé, bien que l'on trouve dans certains ouvrages une description spéciale pour la conjonctivite et une pour la kératite phlycténulaires. Il est plus conforme à la majorité des faits de décrire à la fois une kérato-conjonctivite phlycténulaire.

Etiologie. — Cette affection est extrêmement fréquente chez l'enfant. Elle frappe plus volontiers ceux qui vivent dans des conditions hygiéniques défectueuses ; elle est très commune chez les sujets scrofuleux, et certains auteurs la décrivent même comme une ophtalmie scrofuleuse. On n'a guère étudié la bactériologie de ces cas dans ces dernières années, et, pour beaucoup d'auteurs, les phlyctènes seraient dues à une infection par le staphylocoque. De là à nier l'influence de l'état général de la scrofule, il n'y avait qu'un pas ; il a été franchi en se basant sur ce fait, que la kérato-conjonctivite phlycténulaire a pu être observée chez des sujets vigoureux ; mais on ne peut se défendre cependant de comparer la rareté de ces cas avec le grand nombre de ceux qui ont trait à de jeunes scrofuleux.

Les malades atteints sont malingres, chétifs ; ils ont des éruptions d'impétigo à la face, au cuir chevelu, et des manifestations diverses qui peuvent être à staphylocoques. On comprend dès lors, que l'infection puisse se propager de proche en proche, et que l'inoculation de la conjonctive soit particulièrement facile.

En somme la question de terrain n'est ici nullement négligeable ; d'autant qu'il n'est point prouvé que l'impétigo soit une infection staphylococcique. D'après les recherches de Ch. Leroux, 1892, de Kurth 1893, de Daum 1895, de Frank Brocher 1896, de Balzer et Griffon, le streptocoque se rencontrerait dans la presque totalité des vésico-pustules impétigineuses.

Nous verrons plus loin que l'infection de la conjonctive par le staphylocoque peut du reste donner une ophtalmie purulente sans trace de phlyctène.

Symptômes. — Rien n'est plus typique que l'ophtalmie phlycténulaire. Elle débute par du larmolement et l'apparition de phlyctènes auxquelles viennent rapidement se joindre deux signes de première importance : la photophobie intense et le blépharospasme. L'enfant redoute tellement les rayons lumineux qu'il tient les yeux obstinément fermés. Il fronce les sourcils pour abriter mieux l'œil contre la lumière et cache encore l'arrivée du jour avec les mains ou l'avant-bras tenu devant les yeux ; il a la tête baissée et recherche les coins obscurs. Lorsqu'on arrive à vaincre le blépharospasme, ce qui peut nécessiter l'emploi d'écarteur et même l'anesthésie, on aperçoit la lésion caractéristique. La conjonctive présente de petites élevures rougeâtres, qui s'ulcèrent rapidement et qui sont

entourées d'une zone vascularisée. Sur la cornée, ces phlyctènes ressemblent exactement à l'éruption d'herpès.

C'est surtout lorsque ces phlyctènes sont nombreuses sur la conjonctive que la sécrétion devient rapidement muco-purulente et d'une abondance considérable ; d'après Valude : « Dans cette forme de conjonctivites phlycténulaires confluentes et surtout dans la variété qui s'accompagne de beaucoup de sécrétion, il est rare que la cornée soit envahie par les pustules ».

On a donc à cette période une véritable ophtalmie purulente avec écoulement de pus abondant. Au début les paupières n'étaient pas collées le matin ; à ce moment où le catarrhe conjonctival est très accusé, les rebords palpébraux sont agglutinés au réveil.

Pendant l'examen, quand on arrive à vaincre le blépharospasme et à entr'ouvrir les paupières, le pus accumulé dans le cul-de-sac conjonctival est violemment projeté au dehors. C'est là une affection qui, même lorsqu'elle s'étend jusqu'à la cornée, n'entraîne généralement pas de ce côté de désordres extrêmement graves.

S'il existe de la kératite avec ulcération cornéenne, celle-ci est rarement profonde ; toutefois il faut se rappeler que la maladie procède par poussées successives et que sa durée peut être assez longue, surtout lorsque le blépharospasme est très intense.

§ 3. — *Ophtalmie purulente à pneumocoques.*

Le pneumocoque que l'on rencontre si fréquemment dans les voies respiratoires supérieures, dans les fosses nasa-

les et dans les sinus, peut suivre les voies lacrymales pour envahir le cul-de-sac de la conjonctive, comme l'a démontré Cuénod (1).

Déjà Guaita (2) et Gasparrini (3) ont montré l'existence fréquente de ce microbe dans les replis conjonctivaux des yeux sains. Gasparrini inoculant expérimentalement des conjonctives avec du pneumocoque, a constaté une réaction inflammatoire nettement suppurative. Hirschberg comme les deux auteurs précédents a pu démontrer sa présence dans des yeux énucléés pour panophtalmie.

Axenfeld en 1894 (4) a signalé des ophtalmies purulentes à pneumocoques dans des cas de septicémie médicale avec endocardite, méningite cérébrale, méningite cérébro-spinale ; enfin à la suite d'une cholécystite. Cependant cette ophtalmie est rare au cours de la pneumonie franche. La plupart des auteurs, Wecker et Landolt, Fuchs, Berger, n'en signalent pas un seul cas ; toutefois Nimier et Despagne (5) rangent la pneumonie parmi les infections capables d'amener la panophtalmie. Delens (6) a observé le phlegmon de l'œil dans les mêmes conditions.

1. Cuénod. *Du pneumocoque en path. oculaire*. Soc. française d'ophtalm.: mai 1895.

2. Guaita. *Le diplocoque en path. oculaire*. Congrès internat. de méd. à Rome, 1894.

3. Gasparrini. *Le diplocoque Fraenkel en path. oculaire*. Congrès internat. de méd. à Rome, 1894.

4. Axenfeld. *De l'ophtal. purulente métastique*. Arch. d'ophtalm. de von Graefe. T. XL, 1894.

5. Nimier et Despagne. *Traité élém. d'ophtalm.* pag. 757, 1894.

6. Delens. *Traité de chirurg. de Duplay et Reclus*. P. 312, 1894.

Enfin Herrnheisser (1) a retrouvé des diplocoques encapsulés dans le poumon et dans la conjunctivite purulente double d'un malade mort de pneumonie.

Cet exemple est signalé par M. Panas (2), dans son *Traité des maladies des yeux* ; il est également rapporté par Dianoux (3), au cours de son travail sur les affections de l'œil dans les fièvres graves.

En 1895, Haushalter (4) et Viller, ont publié une très intéressante observation d'ophtalmie purulente à pneumocoques consécutive à la pneumonie.

Nous rapportons l'observation de ces deux auteurs, suivie des réflexions qu'elle leur a suggérées, bien qu'il s'agisse d'une suppuration de l'œil et non d'une conjonctivite.

OBSERVATION

(Gaz. hebd. de méd. et chir., 6 juil. 1895).

Pneumonie survenue au cours de l'influenza. **Phlegmon** de l'œil. **Méningite** suppurée. Présence du diplocoque encapsulé dans le poumon, l'œil malade, les méninges, la rate.

X... 35 ans, employé au chemin de fer, alcoolique endurci, célibataire.

Le 6 janvier 1895. — Est pris d'influenza ; entre à l'hôpital de Toul ; le 8, foyer de pneumonie à la base gauche ; jusqu'au 12, état général assez bon.

1. Herrnheisser. *Klin med.* déc. 1892, p. 393.

2. Panas. *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 399.

3. Dianoux. *Annales d'oculistique*, 1893.

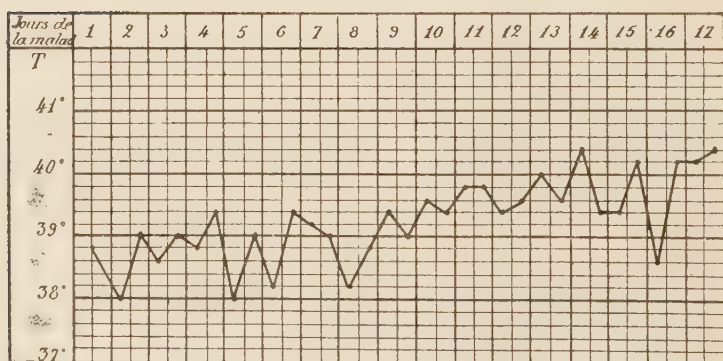
4. Haushalter. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 8 juil. 1895.

Le 12. — Le malade se plaint de douleurs vagues dans l'œil gauche.

Le 13. — Iritis séreuse intense ; pupille contractée, état trouble de la chambre antérieure. On prescrit des instillations de pilocarpine, une application de sangsues, des compresses chaudes, et du calomel à l'intérieur ; réaction très modérée, douleur très peu intense.

Le 14. — Exophtalmie très prononcée ; œdème énorme des paupières, trouble plus notable de la chambre antérieure. — Chémosis considérable. Le diagnostic de phlegmon de l'orbite est porté.

Le 15. — Œdème plus considérable encore des paupières ; opacité de la chambre antérieure. La commissure externe est fendue ; un ténotome est poussé à trois centimètres en suivant le plancher de l'orbite ; pas de pus ; le globe oculaire est alors fendu ; du pus s'échappe en abondance de la chambre antérieure ; on trouve l'iris en partie sphacélé ; dans ce pus, le pneumocoque est décelé à l'état de pureté.



Aggravation progressive de l'état général, délire, état adynamique. Le malade succombe le 22.

Autopsie. — Congestion des méninges, écoulement de sérosité abondante à la convexité des hémisphères, surtout à gauche, trainées et plaques de pus concret adhérent.

A la base du cerveau, pas de pus, mais quelques adhérences fibreuses anciennes (méningite chronique alcoolique).

Foyer de pneumonie à la base du poumon gauche à l'état d'hépatisation grise ; à la base droite état carnisé du tissu pulmonaire.

Cœur pâle ; rien de particulier aux valvules.

Foie et rate très volumineux.

Reins volumineux, état piqueté, ponctué, hémorragique de la substance corticale.

Etude bactériologique et anatomo-pathologique. — Dans le pus frais obtenu pendant la vie par incision du globe de l'œil, trois jours après le début des accidents oculaires, sept jours avant la mort, le pneumocoque de Fraenkel est décelé à l'état de pureté. Dans le poumon hépatisé, l'exsudat des méninges, le pneumocoque est décelé. L'inoculation à une souris de pulpe splénique délayée dans du bouillon, amène la mort en 24 heures ; le pneumocoque est décelé dans le sang de la souris.

Œil. — Pas de pus ni de lésions apparentes dans le tissu cellulo-adipeux de l'orbite.

Epaississement, aspect gris jaunâtre de la cornée ; iris épais, dur, déchiqueté ; la chambre postérieure est bourrée de pus gris jaunâtre fibrineux, compact, adhérent à la paroi interne de la chambre.

Sur des lamelles faites avec ce pus, diplocoques encapsu-

lés nombreux, non décolorables par la méthode de Gramm.

Des fragments des parois de l'œil, de la cornée, de l'iris, des parois totales, après durcissement dans l'alcool, sont inclus dans la paraffine ; les coupes sont colorées par le procédé de Weigert.

Dans les lames de la cornée, infiltrées de nombreux leucocytes, quelques rares diplocoques.

Dans la choroïde infiltrée de leucocytes, surtout dans la couche vasculaire, diplocoques encapsulés assez nombreux.

La rétine énorme, de structure méconnaissable, est représentée par une couche épaisse de globules blancs tassés ; c'est dans la rétine que les éléments microbiens s'observent avec le plus d'abondance, formant par place des taches, des placards.

Le nerf optique ne présente macroscopiquement aucun signe d'altération.

Cette histoire est des plus simples : au 4^e jour d'une pneumonie grippale chez un alcoolisé, surviennent des douleurs oculaires unilatérales ; le lendemain on observe une iritis intense ; quatre jours après le début de ces phénomènes, au 7^e jour de la pneumonie, du pus apparaît dans la chambre antérieure qui est incisée ; dans ce pus le diplocoque de Frankel est décelé. La mort survient 14 jours après le début de la pneumonie, 10 jours après le début des accidents oculaires.

Les lésions constatées furent un foyer de pneumonie en voie d'hépatisation grise, un phlegmon de l'œil et quelques plaques de méningite à la convexité ; toutes ces lésions recélaient le pneumocoque à l'état de pureté ; il

fut aussi décelé dans la rate par l'inoculation à la souris.

La suppuration de l'œil sous l'influence du pneumocoque, la rétinite qui en fut la conséquence et la manifestation anatomique dominante, sont dans cette observation le fait intéressant.

Nous poserons, pour la rejeter, la question de l'origine exogène de la suppuration oculaire : l'absence de toute altération antérieure de l'œil ou de ses annexes chez cet homme, employé dans une compagnie de chemins de fer, le début des lésions par l'iris, puis l'apparition du pus dans la chambre antérieure, tout assigne dans ce cas une origine endogène à la suppuration de l'œil.

Bien que l'autopsie ait révélé quelques îlots de méningite suppurée à pneumocoques, nous ne croyons pas que l'ophtalmie fut le résultat d'une propagation de l'inflammation par continuité le long de la gaine du nerf optique. L'ophtalmie, souvent double, complique fréquemment, il est vrai, comme nous l'avons dit, la méningite cérébro-spinale ; mais la méningite cérébro-spinale elle-même semble bien n'être que la manifestation d'une septicémie pneumococcique dont l'ophtalmie n'est peut-être qu'un autre phénomène.

Dans notre cas, le nerf optique du côté malade ne présentait aucune lésion, et à la base du crâne, on ne trouva aucune trace de suppuration.

Cliniquement nous avons de bonnes raisons de supposer que l'ophtalmie fut antérieure à la méningite ; les premiers troubles oculaires apparurent au 4^e jour de la pneumonie, alors que le malade n'offrait aucun symptôme cérébral qui pût être rapporté à la méningite ; ce n'est

que dans les derniers jours de la maladie, que s'exagérèrent les phénomènes nerveux ataxo-adiynamiques qui pouvaient être imputés d'ailleurs aussi bien à l'alcoolisme du sujet qu'à une irritation méningée. Il est à remarquer du reste que l'ophtalmie n'est notée nulle part parmi les conséquences possibles de la méningite compliquant la pneumonie, ce qui permet de supposer que la propagation de l'inflammation depuis les méninges jusqu'à l'œil par la gaine du nerf optique a dû être bien rarement observée, si tant est qu'elle l'ait été.

C'est par voie sanguine sans nul doute, que se fit l'infection oculaire. L'absence d'endocardite aiguë ne nous permet pas de songer qu'un embolus venu du cœur gauche ait pu servir de véhicule au germe virulent; des symptômes brusques auraient d'ailleurs annoncé l'arrivée semblable d'embolie dans une artériole de la rétine. Nous sommes forcés, pour expliquer l'invasion de l'œil par le pneumocoque, de supposer une infection sanguine dès les premiers jours de la maladie, fait relativement rare : des embolies microbiennes capillaires furent sans doute à cette époque le point de départ de la lésion oculaire, comme elles furent plus tard la cause de la méningite suppurée. D'après Axenfeld, l'ophtalmie purulente dans les infections résulterait ordinairement d'embolies bactériennes dans les capillaires rétinien. De fait, dans notre cas, les lésions de la rétine l'emportent de beaucoup sur celles des autres parties de l'œil. C'est bien de rétinite suppurée qu'il s'agit; et c'est dans la rétine que le pneumocoque se trouvait avec la plus grande abondance.

Il est très difficile d'expliquer pourquoi l'infection san-

guine, qui, dans la pneumonie, peut être la source de complications extra-pulmonaires variables, aboutit si rarement à la localisation oculaire : dans notre cas, en particulier, aucune altération préalable de l'œil ne semble avoir préparé le terrain à l'infection.

Cette localisation du pneumocoque apporté par voie sanguine dans le globe oculaire, qui se rattache aux ophtalmies purulentes métastatiques, est d'une extrême gravité et il est intéressant de l'opposer à la conjonctivite purulente à pneumocoques, affection généralement bénigne.

Parynaud (1), dans les *Annales d'Oculistique*, montre que le pneumocoque peut envahir la muqueuse nasale et remonter par les voies lacrymales jusque sur la muqueuse de l'œil pour y déterminer une conjonctivite purulente, aussi bien chez le nouveau-né que chez l'adulte.

Dans le premier cas, le pneumocoque proviendrait des sécrétions vaginales au moment de l'accouchement et pourrait être inoculé directement. En raison de son apparition chez le nouveau-né au moment de la naissance, il importe de bien connaître cette affection, afin d'éviter de la confondre surtout avec l'ophtalmie purulente d'origine blennorrhagique.

Dans la conjonctivite en question, seul le pneumocoque existe ; on ne trouve dans la sécrétion ni gonocoques, ni bacilles de Weekes. Peu de sécrétion fournie par la conjonctive palpébrale seule atteinte, et beaucoup de larmoiement, tels sont ses principaux caractères.

1. Parynaud. *Ann. d'ocul.* déc. 1894.

L'inflammation est surtout intense sur la muqueuse de Schneider et retentit sur celle du canal nasal : elle provoque alors des accidents spéciaux qui changent un peu le tableau symptomatique pour le rapprocher de celui de la conjonctivite lacrymale simple.

Gasparrini (1) dans une note, a rapporté quatre cas de conjonctivites à pneumocoques chez l'adulte. Cette conjonctivite évolue toujours d'une façon bénigne et on ne l'a pas vue déterminer d'altérations graves du côté de la cornée.

§ 4. — *Conjonctivite purulente à streptocoques.*

La localisation du streptocoque sur la muqueuse de l'œil peut donner naissance à des conjonctivites de formes cliniques un peu différentes suivant les cas, et qui ont été groupées en trois catégories. Nous n'essaierons pas d'en rappeler l'histoire qui est d'ailleurs bien résumée dans la thèse de Villeneuve (2). Ces conjonctivites sont dues au streptocoque, soit à l'état de pureté, soit associé avec le staphylocoque doré, soit avec le staphylocoque blanc, soit encore avec le diplocoque de Fränkel. Villeneuve en décrit trois variétés qui, les unes comme les autres, passent par une phase de purulence. C'est d'abord la conjonctivite lacrymale de Parynaud (1892) et Morax (1894). C'est une affection rare et plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant ; aussi nous n'y insisterons pas. Nous

1. Gasparrini. *Ann. d'ophthalm.*, an. XXIII, fasc. 6.

2. Villeneuve. Thèse de Paris, 1896.

rappellerons seulement qu'elle s'accompagne d'un épaississement moins marqué que dans l'ophtalmie à pneumocoques et que la sécrétion purulente est peu abondante.

Elle se complique fréquemment d'iritis, mais n'a aucune tendance à l'ulcération et au sphacèle de la cornée.

La seconde variété est la conjonctivite streptococcique à fausses membranes. Elle peut revêtir 3 formes :

1° La forme diphtérique décrite par de Græfe n'a pas d'intérêt pour nous, car elle ne s'accompagne pas de sécrétion purulente.

2° Dans la forme croupale dont la description remonterait à Bouisson (de Montpellier, 1846), la sécrétion purulente est abondante, et les paupières sont rouges et gonflées, mais il existe une fausse membrane sur la conjonctive, fausse membrane mince, peu adhérente et facile à détacher ; cette forme est généralement bénigne.

3° La troisième forme, grave et suraiguë, a été étudiée par M. Valude en 1894. Elle évolue avec une grande rapidité, ne s'accompagne pas de productions pseudo-membraneuses épaisses avec sécrétion purulente. En 12 ou 24 heures toute la conjonctive est envahie ; la cornée devient opaque dans sa totalité et son infection aboutit rapidement à la mortification.

La troisième variété est la conjonctivite avec bubons dont Sans a donné la description dans sa thèse en 1890. Elle survient chez l'enfant comme chez l'adulte, et elle frappe de préférence les sujets lymphatiques ; son siège monoculaire et sa localisation à la paupière supérieure sont bien caractéristiques.

Elle débute brusquement par des douleurs avec sensa-

tion de picotement. Il existe du gonflement de la paupière supérieure et une injection de la conjonctive.

Jusqu'alors l'écoulement est muqueux. Au bout de quelques jours, le gonflement et la cuisson augmentent et l'on commence à trouver du pus dans les culs-de-sac conjonctivaux. Les malades ont un peu de fièvre et quelques frissons et vers le 8^e jour les ganglions préauriculaires et parotidiens augmentent de volume. La conjonctive est tomenteuse et granuleuse, d'aspect framboisé (Sans). La cornée n'est cependant pas altérée ; enfin vers la 3^e semaine le ganglion préauriculaire peut suppurer. En somme, comme le dit Sans : « Trois grands points suffisent à donner à la conjonctivite infectieuse une individualité propre :

1^o Les végétations de la conjonctive ;

2^o L'engorgement des ganglions parotidiens et cervicaux consécutif ;

3^o L'écoulement d'un liquide muco-purulent souvent sanieux.

Cette forme de conjonctivite n'entraîne pas ordinairement de graves complications du côté de l'œil ; il est exceptionnel qu'elle se termine par panophtalmie, exception faite pour la forme pseudo-membraneuse à marche suraiguë. Il semble que les associations microbiennes augmentent la gravité de la maladie ; mais si l'œil est généralement conservé, il peut persister des pannus, des infiltrations et des opacités de la cornée compromettant la vision ; on peut même voir des perforations cornéennes avec hernie de l'iris, comme en témoignent les observations suivantes.

OBSERVATION

(In thèse de Villeneuve)

Conjonctivite pseudo-membraneuse maligne à streptocoques observée au cours d'une scarlatine.

Hélène L..., agée de 6 ans, entre le 7 février 1894 à l'Hopital Trousseau, pavillon des douteux.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, un enfant mort en bas âge. Le frère de la malade a eu à sa naissance une ophtalmie purulente qui a entraîné la perte des deux yeux et amené une cécité complète.

Antécédents personnels. — La petite malade a eu elle-même en venant au monde une ophtalmie purulente pour laquelle elle aurait été en traitement pendant 3 mois. Il n'est resté aucune trace de cette affection.

Le 5 février, d'après les renseignements de la mère, l'enfant commence à être maussade ; le 6 apparaît une éruption rouge légère ; le soir même, l'angle interne de l'œil aurait commencé à rougir. Un médecin consulté le lendemain conseille l'entrée à l'hôpital.

État à l'entrée. — L'éruption cutanée a disparu. La langue est rouge, et commence à se dépouiller. La gorge est très rouge, et un exsudat pseudo-membraneux d'un blanc vif recouvre les deux amygdales. Il existe en même temps un coryza abondant. L'angle interne de l'œil gauche est le siège d'une tuméfaction et d'une rougeur circonscrites à la région du sac lacrymal ; l'œil lui-même est absolument indemne. La température ne dépasse pas 38°.

Les jours suivants, la rougeur de l'angle interne de l'œil

s'accroît et s'étend aux paupières en provoquant un œdème palpébral considérable ; en pressant sur la région du sac, on fait sourdre par les points lacrymaux une quantité notable de pus. Sous les paupières gonflées, la conjonctive et la cornée ont conservé entièrement leur intégrité. Cependant la gorge prend réellement les caractères de la gorge des scarlatineux : les amygdales se creusent, des débris pseudo-membraneux adhèrent aux amygdales et aux piliers qui saignent facilement. La langue se dépouille complètement et prend un aspect vernissé. En présence de ces signes, le doute n'est plus permis, il s'agit bien d'une scarlatine, et l'enfant est envoyée au pavillon de la scarlatine.

Le 15. — A peine entrée, l'affection oculaire entre dans une nouvelle phase. Tandis que la rougeur et l'œdème des paupières progressent, envahissant les deux voiles membraneux et s'étendant jusqu'à la région temporale, la conjonctive commence à s'injecter, mais elle ne présente pas de fausses membranes. Incision du sac lacrymal et issue d'une notable quantité de pus.

Le lendemain, l'œdème des paupières a encore augmenté ; la conjonctive est très rouge et les deux culs-de-sac supérieur et inférieur sont tapissés de fausses membranes très blanches, fines, souples, nullement adhérentes, et se détachant sans aucun suintement sanguin de la conjonctive. La cornée est encore indemne.

Le 17. — Envahissement de la conjonctive bulbaire. L'exsudat pseudo-membraneux qui s'est reproduit avec une rapidité extrême n'occupe plus seulement les culs-de-sac, mais recouvre la conjonctive tout entière, aussi bien bulbaire que palpébrale. Il est plus adhérent au niveau du bulbe, et il

faut, pour le détacher, recourir à la pince ou à un tampon de coton hydrophile résistant monté sur un stylet. Au-dessous, la conjonctive n'est pas ulcérée ni saignante; elle ne présente qu'une injection très modérée.

L'exsudat protège-t-il également la cornée en formant comme un pont au-dessus de cette membrane? cela est probable, mais il est difficile de s'en rendre compte, car la pseudo-membrane, moins adhérente là que partout ailleurs, se détache lorsqu'on écarte les paupières. Ce qu'il y a de certain, c'est que la cornée présente une infiltration qui occupe le quart inférieur. C'est à ce moment que nous voyons la petite malade. En présence de la gravité des lésions, nous instituons aussitôt des lavages au sublimé toutes les deux heures et l'insufflation de poudre d'iodoforme plusieurs fois par jour. En dépit du traitement, les fausses membranes se reproduisent avec une rapidité désespérante, l'infiltration cornéenne progresse rapidement, et le lendemain la cornée tout entière est sphacélée. Elle cède bientôt en donnant naissance à une hernie de l'iris.

Continuation du traitement. Pendant une huitaine de jours, les fausses membranes se reproduisent avec la même persistance, puis elles diminuent progressivement de consistance et disparaissent vers le 5 mars.

Dans le cours de l'affection oculaire, la suppuration nasale s'est nettement limitée à la narine gauche; l'abondance du muco-pus et ses propriétés septiques ont même amené sur la narine la production d'une excoriation demi-circulaire qui se recouvre d'un exsudat grisâtre. — Poudre d'iodoforme.

D'autre part, vers le 20 février, la température s'est un

peu élevée et l'enfant a fait une otite aiguë gauche avec écoulement abondant de pus et perforation du tympan.

A l'heure actuelle l'angine est guérie, le coryza et la dacryocystite sont en voie d'amélioration ; quant à l'affection oculaire qui nous occupe, elle est guérie en tant que conjonctivite pseudo-membraneuse ; il ne persiste qu'une légère sécrétion muco-purulente qui diminue de jour en jour.

L'œil lui-même présente des lésions irrémédiables et est complètement perdu pour la vision.

Examen bactériologique. — Fausses membranes de l'angine.

Ensemencement de plusieurs tubes de sérum.

Aucune culture ne pousse ; pas de bacilles de Loeffler.

Ensemencement de plusieurs tubes de gélose.

Au bout de 24 heures, nombreuses colonies de streptocoques.

Fausses membranes de la conjonctive. — Ensemencement du sérum négatif. Pas de bacilles de Loeffler.

Ensemencement sur gélose. Au bout de 24 heures colonies très abondantes, fines, transparentes, de streptocoques. Plusieurs tubes ayant été ensemencés successivement sur le même fil de platine, on remarque sur le premier tube, à côté de colonies innombrables de streptocoques, une seule colonie étrangère formée par du staphylocoque blanc. Les tubes suivants, au contraire, contiennent uniquement des colonies de streptocoques. Nous n'avons pu, à notre grand regret, procéder à des inoculations, le laboratoire de Trousseau n'ayant pu obtenir en temps voulu les animaux nécessaires à ces expériences.

Quoi qu'il en soit, l'examen bactériologique démontre avec une certitude suffisante :

1° Que l'angine blanche de la petite malade atteinte de scarlatine, ne relève pas de la diphtérie, mais est une angine pseudo-membraneuse à streptocoques. Ce résultat concorde absolument avec les résultats obtenus par M. Bourges dans ses recherches sur les angines de la scarlatine. Cet auteur a montré que les angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine relèvent du streptocoque et non du bacille de Lœffler.

2° Que la conjonctivite pseudo-membraneuse qui présente les mêmes caractères physiques que l'angine, même couleur et même consistance des fausses membranes, reconnaît pour cause le même agent pathogène, le streptocoque.

Quoique l'infection ait marché très rapidement et que les différentes complications soient apparues presque simultanément, le point de départ de cette infection est évidemment la gorge. De là le microbe pathogène s'est propagé à la muqueuse nasale : d'où coryza ; aux voies lacrymales : d'où dacryocystite, blennorrhée, et par l'intermédiaire de celles-ci à la conjonctive, d'où : conjonctivite pseudo-membraneuse.

La voie anatomique est évidente et l'on peut suivre, pas à pas pour ainsi dire, les différentes étapes de l'infection. La clinique a réalisé dans ce cas une véritable expérience de laboratoire, dont l'examen bactériologique démontre la véritable signification.

OBSERVATION

(In thèse de Villeneuve).

Conjonctivite pseudo-membraneuse survenue chez un enfant huit jours après le début d'une rougeole. Traitement par le sérum de Marmoreck.

L'enfant T..., âgé de 15 mois, est porteur d'une affection bilatérale, caractérisée depuis trois jours par du gonflement sans dureté des paupières et une sécrétion conjonctivale faible.

Le quatrième jour, les quatre paupières sont recouvertes de membranes grises, détachables partiellement par une assez forte friction.

La conjonctive est vascularisée. Il y a peu de sécrétion. La muqueuse qui était sous les fausses membranes saigne abondamment.

La cornée est intacte.

Par l'examen bactériologique des larmes, on décèle la présence de streptocoques assez rares, mais pas de bacilles de Lœffler.

La culture sur sérum donne du streptocoque pur.

L'enfant tousse un peu. On constate à l'examen de la gorge un peu d'angine, mais pas de fausses membranes.

Enfin, on note sur la face l'existence de pustules isolées mais larges d'impetigo.

On prescrit des lavages des yeux avec une solution de permanganate de chaux.

Le cinquième jour l'état de l'enfant est stationnaire ; toujours très peu de sécrétion.

La température prise à une heure dans le rectum est de 39°3, prise à 6 heures dans l'aisselle, 38°5.

Le sixième jour, la température du matin est de 38°5, celle du soir tombe à 37°9.

Il existe des fausses membranes légères, la cornée est infectée ; une infiltration grisâtre en occupe la moitié inférieure tout entière sur l'œil gauche et la moitié inférieure sur l'œil droit en partie seulement.

On fait un attouchement avec la solution forte de permananate.

A 10 heures du soir M. Marmoreck pratique chez l'enfant une injection de 5 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

Le 7^e jour, encore peu de changement. Les paupières sont très gonflées, légères sont les pseudo-membranes. Faible sécrétion conjonctivale. On voit une ulcération cornéenne superficielle. En somme pas d'aggravation.

La température est prise plusieurs fois dans la journée et donne :

à 8 h. du matin. . . .	39°5
à 1 h. du soir. . . .	38°3
à 6 h. —	38°6
à 10 h. —	38°8

On fait une nouvelle injection de sérum antitoxique, de 10 centimètres cubes à 10 h. du soir.

Vers 3 heures du matin, l'enfant est pris d'une violente dyspnée ; la suffocation est telle qu'on craint une issue fatale. Le thermomètre à ce moment marque 39°6. Du sang pris à l'avant-bras est examiné : on obtient du streptocoque en culture sur sérum.

Le 8^e jour, la température est la suivante :

A 6 h. du matin 39° ; à 9 heures 38°8. A 5 heures du soir, nouvelle injection, la troisième, de 10 centimètres cubes de sérum de Marmoreck.

A 10 heures du soir, la température est encore de 38°8.

Le neuvième jour, l'enfant va mieux. Les paupières tendent à dégonfler, mais il reste quelques lambeaux de fausses membranes qui ne se laissent pas détacher.

Sur l'œil droit, légère ulcération épithéliale en bas. Sur l'œil gauche ulcération un peu plus profonde stationnaire.

La température est :

à 3 h. du matin. . . . 37°8

à 1 h. du soir. . . . 37°3

à 7 h. — . . . 37°

Il n'y a rien dans la gorge. Quelques râles aux bases des deux poumons à l'auscultation.

Le onzième jour, il n'y a plus que très peu de conjonctivite. Les ulcérations ont une bordure blanchâtre. Des colonies arrondies, blanches, de staphylocoques, obtenues sur le sérum viennent démontrer la présence de cet agent pathogène au niveau des bords de ces ulcérations.

Le dix-huitième jour, la conjonctive est redevenue normale. Les ulcérations cornéennes très superficielles sont en voie de réparation. Néphélion léger.

OBSERVATION

(In thèse de Villeneuve).

Conjonctivite infectieuse à streptocoques d'origine animale.

Un individu âgé de 25 ans, entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une forte conjonctivite datant déjà de 6 mois, avec photophobie, larmoiement, injection et tuméfaction des conjonctives, pannus plus développé sur l'œil droit que sur l'œil gauche; de ce côté aussi la cornée est restée plus transparente au centre que sur le congénère, sur lequel une forte opacité couvre presque toute la membrane cornéenne.

Au premier abord on pense à une conjonctivite granuleuse; mais on ne trouve rien de caractéristique dans les culs-de-sac; pas de blennorrhagie.

Le malade porte aux deux côtés du cou et aux aisselles de forts paquets ganglionnaires dont l'existence remonte à un an ou dix-huit mois.

Je rattache la lésion oculaire à l'état général (l'examen du sang cependant ne révèle pas d'accroissement des globules blancs) et j'administre un traitement général arsénical, ainsi que l'huile de foie de morue, etc... Il va sans dire que le traitement a été dans ce cas ce qu'il pouvait être et qu'on employa localement pendant 3 à 4 mois les caustiques, les antiseptiques sous toutes les formes, mais sans aucun résultat ni du côté des conjonctives, ni du côté des cornées.

C'est alors qu'après la lecture du travail d'Abadie, je pensai à une conjonctivite infectieuse d'origine animale.

Interrogé sur ses antécédents, le malade répondit qu'il avait exercé pendant de longues années, le métier de gar-

çon de ferme et qu'il était chargé exclusivement du soin des bêtes, métier qu'il n'a abandonné que contraint par son affection oculaire. Je fis un examen bactériologique des produits de sécrétion des conjonctives et ne trouvai que des streptocoques sans caractères particuliers ; en même temps, j'extirpai un paquet ganglionnaire très développé au côté gauche du cou. L'un de ces ganglions soumis à son tour à l'examen bactériologique, donna exactement comme les conjonctives des streptocoques. C'est alors qu'ayant échoué, avec tous les traitements je me décidai à intervenir chez mon malade, à l'exemple d'Abadie, comme pour les granulations : je fis des scarifications, du râclage, puis un brossage très intense sur les conjonctives des deux yeux.

Pendant quelque temps, la lésion sembla s'améliorer en ce sens que la sécrétion devint moins abondante, la conjonctive moins épaisse et injectée, et la photophobie un peu moindre ; malgré cela le mal ne s'arrêta pas complètement. J'employai ensuite le sulfate de cuivre, le pétrole, bref tous les moyens recommandés dans ces derniers temps contre les granulations ; rien n'y fit ; les cornées restèrent opaques malgré l'excision du pannus, les vaporisations etc., ; finalement le malade quitta l'hôpital, incomplètement guéri.

§ 5. — *Ophthalmie purulente scrofuleuse.*

La dénomination d'ophtalmie purulente scrofuleuse est généralement appliquée par les auteurs à l'ophtalmie phlycténulaire ; toutefois avec M. Valude, nous croyons devoir réserver plus spécialement ce nom à une forme

de conjonctivite à exsudation plus abondante sans phlyctène et qui se manifeste dans les mêmes conditions que l'ophtalmie phlycténulaire.

Etiologie. — Cette variété d'ophtalmie survient chez des scrofuleux avérés, tantôt à la suite de certaines fièvres éruptives, tantôt, comme dans l'observation que nous rapportons, consécutivement à des éruptions impétigineuses abondantes et étendues. Elle serait particulièrement fréquente dans la convalescence de la rougeole. C'est pour cette raison que H. Coppez pense que le microbe de cette conjonctivite doit être le staphylocoque. M. Valude paraît se rattacher à cette opinion.

Dans l'observation que nous rapportons, l'examen bactériologique du pus a été fait avec soin par le D^r R. Petit. Cet examen a confirmé l'hypothèse de Coppez en montrant qu'il s'agissait bien là d'une ophtalmie purulente à staphylocoque doré. Le mécanisme de l'inoculation des conjonctivites est ici facile à comprendre : les sécrétions abondantes de l'impétigo étendu peuvent être transportées facilement des lésions faciales à la muqueuse conjonctive, soit que le liquide ait pu couler pendant le sommeil jusqu'aux yeux, soit que les doigts de l'enfant servent de véhicule au microbe. Enfin il n'est pas jusqu'aux linges et objets de toilette : éponges, serviettes, etc., qui ne puissent porter l'infection des téguments à la muqueuse oculaire.

Cette ophtalmie qui débute par du larmolement et du blépharospasme ne s'accompagne à aucun moment de l'apparition de phlyctènes. Les paupières sont agglutinées le matin, et très rapidement la sécrétion devient fran-

chement purulente. La muqueuse est épaissie en totalité, elle est rouge, mais sa coloration n'est pas intense comme celle que l'on observe dans la conjonctivite purulente à gonocoque. Le pus est secrété en grande abondance, les paupières sont rouges, tuméfiées, oedémateuses, surtout la paupière supérieure qui paraît tomber au devant de l'inférieure.

D'après Valude, ce gonflement est très marqué mais les paupières sont peu tendues et : « leur mode de gonflement fait songer à la tuméfaction torpide de la lèvre supérieure des enfants scrofuleux. »

L'enfant cherche à s'abriter de la lumière ; il a de la photophobie et du blépharospasme ; on éprouve une réelle difficulté à écarter les paupières pour examiner la conjonctive ; lorsqu'on y parvient, une notable quantité de pus s'échappe, et peut être violemment projeté au dehors comme dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Ce pus est assez épais, bien lié, d'une coloration jaune qui le distingue du pus verdâtre communément observé dans l'ophtalmie gonococcique.

La plupart du temps les deux yeux sont atteints, soit simultanément, soit à quelques jours d'intervalle. Le fait n'est pas pour surprendre, étant données les conditions étiologiques et le mécanisme de l'infection que nous avons exposé plus haut.

Loin d'avoir la bénignité relative de l'ophtalmie phlycténulaire, l'ophtalmie scrofuleuse est grave ; elle donne lieu à des altérations de la cornée qui se présentent, comme le dit M. Valude, avec autant de fréquence et de gravité que dans l'ophtalmie purulente ordinaire.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le Dr R. Petit).

Berthe C..., âgée de six mois, enfant chétive et malingre, née à terme, élevée au sein par une nourrice des environs de Paris.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère lymphatique, a été longtemps chétive dans son enfance ; très sujette aux laryngites. A eu beaucoup de gourme dans son jeune âge. Une sœur de la mère est lymphatique et a été opérée pour des végétations adénoïdes du pharynx.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a jamais été malade auparavant. Elle a commencé à présenter une éruption impétigineuse du cuir chevelu, il y a 3 mois ; depuis un mois, cette éruption a gagné le front et devient de plus en plus abondante, avec suintement séro-purulent considérable.

L'enfant paraît avoir des démangeaisons intenses, on a grand peine à l'empêcher de se gratter, dit la nourrice, en particulier la nuit.

Il y a quinze jours, l'ophtalmie purulente a fait son apparition à droite, et ce n'est que depuis quatre ou cinq jours que l'œil gauche est atteint.

Un médecin consulté a fait faire quelques lavages et des applications de pansements humides sur les deux yeux.

A l'examen, on constate un gonflement énorme des deux paupières supérieures avec blépharospasme ; quand on entr'ouvre les deux paupières, une abondante quantité de pus est projetée au dehors.

Du côté gauche, le dernier atteint, la conjonctive est épaissie, vascularisée, et cependant sans rougeur très intense. La cornée à son pourtour est enflammée, et présente une petite tache opaque à sa moitié interne. Il n'y a pas de phlycténules.

A droite les lésions sont beaucoup plus étendues : la conjonctive est rouge, épaisse, œdémateuse ; la cornée, très vascularisée à son pourtour, est sphacélée à son centre, et laisse passer l'iris prolabé et très enflammé.

Une pression légère sur le globe oculaire montre une consistance molle et fait sourdre du pus par l'orifice cornéen. Il n'y a pas de vésicules sur la conjonctive.

L'état général est grave ; l'enfant peu robuste est très abattu, ne se nourrit pas, et le thermomètre monte à 40°1 le soir.

Je pratique à gauche un grand lavage à l'eau boriquée tiède, puis un badigeonnage au nitrate d'argent. Neutralisation à l'eau salée, nouveau lavage boriqué. Les yeux sont obturés par deux pansements séparés. L'énucléation de l'œil droit est décidée pour le lendemain matin.

Le lendemain 10 janvier 1898, anesthésie au chloroforme par mon excellent ami le Dr Pierre Planchon. Avant d'opérer, je vois le cristallin se présentant par l'orifice de la cornée avec un lambeau d'iris sphacélé. Je fais l'énucléation de l'œil suivant la méthode commune, et la conjonctive oculaire est légèrement suturée en bourse.

Du côté gauche, les lésions n'ont pas progressé. Un badigeonnage à la solution de nitrate d'argent, et deux grands lavages par jour.

Pansement isolé pour chaque œil.

Les suites opératoires sont simples. La température, dès le soir de l'opération, tombe à 38° pour descendre à 37°,2 le lendemain matin. Le même traitement est continué chaque jour pour l'œil gauche dont la suppuration diminue bientôt. Le sixième jour, ablation du fil de suture ; la conjonctive s'est incomplètement réunie, mais il n'y a qu'une gouttelette de pus qui disparaît vite. Guérison.

Les lavages de l'œil gauche sont continués durant seize jours. Au bout de ce temps, guérison complète. Mais la gourme de la face et du cuir chevelu persiste. On continue de traiter cette éruption impétigineuse abondante. Amélioration.

Le 3 février. — Nouvelle poussée de gourme à la face. L'ophtalmie purulente reparait à gauche, mais moins forte ; même traitement que la première fois. Médication arsénicale. Cette nouvelle ophtalmie guérit en cinq jours, et la gourme diminue. Après une amélioration de quelques semaines, l'enfant eut une broncho-pneumonie légère, puis la rougeole, annoncée par une brusque disparition de l'éruption impétigineuse, qui reparut, du reste, aussitôt après la guérison de la rougeole.

Dentition pénible, état général médiocre, s'améliore lentement. L'enfant a eu en janvier 1899 une broncho-pneumonie grippale grave, traitée par les bains froids et suivie de guérison.

Actuellement la malade est très bien remise ; l'état général est beaucoup meilleur ; les forces ont augmenté, et l'enfant s'est développée considérablement. L'éruption impétigineuse a complètement disparu.

Examen bactériologique. — L'examen direct du pus re-

cueilli dans les culs-de-sac conjonctivaux des deux côtés, a montré l'existence de globules de pus avec des cellules épithéliales altérées et un grand nombre de cocci en amas, se colorant par la méthode de Gram.

Les cultures faites sur de la gélose avec le pus de l'ophthalmie, avec les milieux infectés de l'œil droit énucléé, avec le suintement de l'éruption impétigineuse, ont toutes donné du staphylocoque doré à l'état de pureté, sauf la dernière qui a fourni en même temps quelques colonies de streptocoques.

PRONOSTIC

Toutes ces conjonctivites purulentes ou susceptibles de passer par une phase de purulence sont loin de comporter un pronostic commun : les unes sont d'ordinaire relativement bénignes, les autres au contraire revêtent une gravité extrême et s'aggravent d'importantes complications du côté de la cornée ou du côté de l'œil tout entier.

La conjonctivite phlycténulaire, sérieuse à cause de sa longue durée, et qui présente un mode d'évolution si spécial par poussées successives, parfois désespérantes, ne comporte cependant pas un pronostic très sombre. Il est vrai que l'on observe souvent de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, et que, dans ces conditions, la cornée transparente sera envahie par les phlyctènes : le pronostic devient alors plus grave parce que les ulcérations cornéennes peuvent s'étendre d'une façon serpigineuse, mais ces ulcérations restent toujours superficielles.

Dans les cas ordinaires, surtout dans les cas où la conjonctivite existe seule, l'avenir de l'œil n'est nullement compromis.

La conjonctivite à pneumocoques est d'un pronostic franchement bénin ; comme nous l'avons vu en décrivant les symptômes, elle ne s'accompagne pas d'une abondante

suppuration; l'écoulement est au contraire très-modéré et les complications redoutables du côté de la cornée ne s'observent presque jamais. Mais en parlant de pronostic bénin, nous n'entendons parler que de la *conjonctivite* à pneumocoques, car on peut observer des ophtalmies véritablement métastatiques dues à ce microbe, et dont la gravité n'est pas même discutable; elles entraînent généralement la suppuration de tout le globe oculaire, et la perte de l'œil comme dans le cas de Haus-halter et Viller.

Le pronostic de la conjonctivite à streptocoques varie suivant les formes : la forme lacrymale sans exsudat, qui ne nous occupe pas ici, est une forme bénigne mais assez tenace et rebelle au traitement; la forme suppurée compliquée de bubons respecte toujours également la cornée et l'iris, et c'est du côté des ganglions que l'infection se porte. Les plus graves de ces affections streptococciques sont celles qui s'accompagnent d'une production de fausses membranes, et parmi leurs variétés, il en est une à marche suraiguë qui est susceptible d'entraîner très rapidement la perte de l'œil.

La conjonctivite blennorrhagique est considérée comme la plus grave de toutes les conjonctivites suppurées, et, de fait, elle donne lieu aux plus terribles complications. La cornée s'infiltré d'un exsudat blanchâtre; la zone infiltrée présente une ulcération à fond jaunâtre; cette ulcération ne s'étend pas seulement en largeur, mais aussi et surtout en profondeur, de sorte qu'elle aboutit à une perforation plus ou moins grande de la cornée. On a même vu à la suite d'ulcérations fissuraires, la cornée se

mortifier en totalité d'une façon rapide : le contenu de l'œil est alors expulsé. Quand il n'y a qu'une perforation, la gravité du pronostic dépend en partie du siège de celle-ci. On comprend que l'on puisse avoir des synéchies antérieures gênantes, des hernies de l'iris avec ou sans leucôme adhérent.

Le staphylome partiel, le staphylome total, le staphylome racémeux peuvent également se rencontrer. Quand la perforation est très large, le contenu de l'œil (cristallin, corps vitré) se vide ; la vision est perdue et le globe oculaire se transforme en un moignon informe. Il est des cas où la suppuration envahissant les membranes et les milieux de l'œil, on aura de plus une panophtalmie avec les graves dangers auxquels elle expose.

L'ophtalmie scrofuleuse, dont les conditions étiologiques sont si voisines de celles de l'ophtalmie phlycténulaire, n'a cependant rien de commun avec elle quant au pronostic.

MM. Valude, Coppez, la considèrent comme une affection grave, et l'observation que nous rapportons n'est pas pour les contredire, puisque dans ce cas l'affection a nécessité l'énucléation de l'œil. Dans cette forme scrofuleuse, les altérations de la cornée sont aussi fréquentes que dans la forme blennorrhagique, et elles comportent la même gravité que dans cette affection. C'est dire que cette conjonctivite peut conduire à la perte de la vue et à la perte de l'œil. Il convient d'insister aussi sur l'influence de l'état général sur la production des complications graves ; Valude rappelle son importance ; il cite même un cas d'ophtalmie purulente des nouveau-nés où la cornée était

intacte presque jusqu'à la fin ; mais le dépérissement ayant fait son apparition, à ce moment la cornée se perfora rapidement.

Certes l'état général a une action incontestable, mais il n'est cependant pas seul à incriminer dans la gravité de la conjonctivite scrofuleuse, puisqu'on le retrouve à peu près semblable dans la conjonctivite phlycténulaire, relativement bénigne.

En résumé, il ressort de l'étude du pronostic que le gonocoque, le staphylocoque et le streptocoque sont les espèces microbiennes capables de donner les conjonctivites purulentes les plus graves.

TRAITEMENT

La fréquence des conjonctivites suppurées surtout chez l'enfant et le nouveau-né, la gravité des complications qu'elles entraînent, ont, pour la plupart, conduit les auteurs à rechercher dans l'étude des causes, des moyens de prophylaxie. Ces moyens prophylactiques ont donné des résultats très manifestes pour l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés, au point qu'au lieu d'en observer 10, 12 ou 15 p. 0/0 on n'en a plus observé que 2, 1 ou même 0,05 p. 0/0.

M. Valude estime que sur le nombre des aveugles d'Europe, trente mille doivent leur cécité à cette affection, et sur ce nombre il faut compter trois à quatre mille en France. Si au lieu de n'envisager que le nombre des aveugles, on prenait le nombre des borgnes, on prévoirait à quelle effrayante proportion on arriverait. C'est Bischof, le premier, en 1875, qui commença à faire la désinfection du vagin de la mère, et celle des yeux de l'enfant aussitôt après la naissance. Ensuite Crédé étudia et fixa la technique de la méthode qui porte son nom. Cette méthode consiste à faire des lavages du vagin au sublimé avant l'accouchement, et d'autre part, dès la naissance, avant même de couper le cordon, à nettoyer

les yeux de l'enfant avec un peu de coton et à verser dans chaque œil une goutte de nitrate d'argent à 2 p. 0/0.

Dans le service de M. le professeur Pinard on suit le même précepte, mais cet auteur propose de remplacer le nitrate d'argent par le jus de citron, qu'on peut toujours avoir facilement sous la main.

MM. Valude et Tarnier ont conseillé d'insuffler un peu de poudre d'iodoforme dans les culs-de-sac conjonctivaux. D'après Valude cette méthode serait moins irritante et déterminerait moins de catarrhes, d'ailleurs passagers de la muqueuse, qu'avec l'emploi du nitrate d'argent.

Il est encore un autre point à signaler dans la prophylaxie, surtout dans les ophtalmies blennorrhagiques des jeunes enfants : alors qu'un œil seul est atteint, il faut s'ingénier à protéger l'autre œil contre l'infection. Chez l'adulte la chose est relativement facile ; mais chez l'enfant indocile qui cherche à porter les mains aux yeux, qui peut d'ailleurs s'infecter pendant la nuit en se tournant sur son oreiller, il y a quelquefois avantage à faire un pansement occlusif sur l'œil sain.

Telles sont les principales mesures prophylactiques auxquelles il faut joindre la propreté la plus minutieuse dans la toilette de l'enfant. On devra en particulier avoir des linges différents pour laver et essuyer le corps et la figure. Ces linges ne devront être employés à aucun autre usage.

Le traitement curatif des ophtalmies purulentes comporte d'abord dans tous les cas, et quelle que soit la nature microbienne du pus, des lavages antiseptiques. Ces lavages doivent être fréquemment répétés. On les fait généra-

lement à l'aide du laveur de Kalt qui permet au liquide de laver le fond des culs-de-sac conjonctivaux.

Sur ce point tout le monde est d'accord, mais la division commence au sujet de la solution à employer. Ces grands lavages, ces irrigations des culs-de-sac conjonctivaux sont connus depuis longtemps puisque Chassaignac a eu de beaux succès en faisant des irrigations continues à l'eau froide.

En 1893 M. Browne, de Liverpool, présenta à la Société Française d'Ophtalmologie un mémoire sur les irrigations prolongées à l'aide d'une solution antiseptique. Il préconisait comme étant la meilleure, la solution de trichlorophénolate de calcium.

Les lavages au sublimé doivent en tout cas ne pas être employés ; le sublimé, surtout chez les nouveau-nés, donne de très fâcheux résultats, de même que les autres solutions mercurielles. Valude dit expressément : « Il faudra se garder des solutions mercuriques et surtout du sublimé. Le sublimé, quelque faible que soit la solution, est pernicieux pour la conjonctivite des nouveau-nés. Son usage doit être proscrit absolument. »

On a d'ailleurs employé à peu près tous les liquides antiseptiques ; beaucoup se servent d'eau boriquée.

M. Kalt à la clinique des Quinze-Vingts, a pu obtenir de très bons résultats avec de l'eau stérilisée chaude.

MM. Kalt et Valude auraient obtenus des résultats meilleurs encore ou tout au moins plus rapides avec la solution de permanganate de potasse. D'après cet auteur il faudrait l'employer à des doses ne dépassant pas 1 pour 3 ou 5000.

Signalons également la solution thébaïsée à 1 pour 10 000 ; la solution de naphthol α à 1 pour 5 000.

En somme toutes les solutions sont bonnes à part les solutions mercurielles ; ce qu'il faut, c'est que les lavages soient abondants ; qu'ils pénètrent jusque dans les culs-de sac conjonctivaux, et qu'ils soient suffisamment répétés.

Quelle que soit la solution à laquelle on ait donné la préférence, on l'emploiera toujours à 35°, 40°, voire même 45° centigrades, car, à solutions égales, celles qui sont chaudes sont celles qui donnent les meilleurs résultats.

Reste une question très controversée, celle des cautérisations.

Tout d'abord une première question se pose : faut-il avoir recours aux caustiques chaque fois qu'on observe une conjonctivite qui passe par une phase de purulence ?

Après les premiers travaux sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, on a généralisé la méthode des cautérisations, en particulier avec le nitrate d'argent, et cela d'une façon certainement exagérée. Il est évident que dans les conjonctivites purulentes à pneumocoques, qui s'accompagnent d'une sécrétion peu abondante, qui ne produisent jamais, la clinique l'atteste, de lésions de la cornée, les cautérisations sont à tout le moins inutiles ; elles peuvent même être nuisibles en créant des lésions plus profondes et en ouvrant des portes d'entrée à l'infection.

Dans les conjonctivites à streptocoques qui peuvent être graves, que convient-il de faire ?

C'est surtout à la méthode antiseptique que l'on a eu recours jusqu'ici ; on a joint aux lavages des applications

locales d'iodoforme, des cautérisations au nitrate d'argent même, dans les formes graves.

Villeneuve dans sa thèse expose le résultat des premières tentatives faites avec le sérum antistreptococcique de Marmoreck. Ces résultats ne sont pas jusqu'ici très encourageants; mais tout ce qu'on peut dire, vu le petit nombre des cas ainsi traités, c'est qu'à ce point de vue la sérothérapie doit encore faire ses preuves avant d'être définitivement recommandée.

Dans la conjonctivite phlycténulaire à la phase de purulence, presque tous les auteurs recommandent les cautérisations avec la solution de nitrate d'argent à 1 0/0, mais seulement pendant les premiers jours. Au bout de deux ou trois jours on abandonnera généralement les caustiques pour avoir recours à la pommade au précipité jaune de mercure à 1 ou 2 0/0.

« Les ulcérations de la cornée, sauf l'atropinisation, ne demandent, dit M. Valude, aucun traitement spécial, excepté la kératite en bandelette. Si elle se montre longue à guérir, on précipitera la guérison en sectionnant, au niveau du limbe, les vaisseaux de nouvelle formation avec la pointe rougie d'un crochet à strabisme ».

Quant à l'ophtalmie scrofuleuse à staphylocoques, voici ce que M. Valude pense de son traitement: « Plus que les symptômes, le traitement de cette affection montre qu'elle ne doit pas être assimilée à l'ophtalmie blennorrhagique. Ici point de caustiques, pas de médication substitutive, qui ne sert qu'à exaspérer les symptômes de chémosis conjonctival. On se contentera de lavages antiseptiques tièdes et d'applications de pommade jaune ».

Si cette méthode peut suffire dans bien des cas, il nous semble qu'elle ne doit cependant pas être généralisée ; nous n'en voulons pour exemple que l'observation relatée plus haut. Ce traitement, dans le cas dont nous parlons, fut appliqué et cependant un œil fut complètement perdu et dut être extirpé ; l'autre au contraire a guéri après les cautérisations au nitrate d'argent. La conjonctivite s'est plusieurs fois renouvelée, et chaque fois elle a été très heureusement modifiée par la solution de nitrate d'argent.

C'est donc moins la nature microbienne que les lésions anatomiques elles-mêmes qui doivent guider le clinicien dans l'emploi des caustiques. D'ailleurs, à n'envisager que l'ophtalmie blennorrhagique, on peut dire qu'elle ne réclame pas toujours et fatalement l'emploi des caustiques. Tel cas grave ne guérira pas sans cautérisation, tel autre beaucoup plus bénin dans son évolution pourra guérir complètement par de simples lavages antiseptiques soigneusement faits.

Reste à savoir si c'est au nitrate d'argent qu'il faut recourir dans les cas qui réclament l'emploi des caustiques, et à quelle dose on l'utilisera. Sur ce point les auteurs ne sont pas absolument d'accord. Il suffit de lire les communications et les articles récents sur ce sujet pour se convaincre qu'il n'est guère de substance dont l'usage n'ait été essayé en pareil cas.

Dubar dans sa thèse (Paris 1894) recommande l'huile de pétrole qui aurait donné des succès à la Clinique des Quinze-Vingts. Mais il n'en parle que comme adjuvant

dans les conjonctivites purulentes. Cette tentative ne paraît pas avoir eu beaucoup d'écho.

Fromaget dans les *Annales d'oculistique* de février 1895 communique le résultat de ses essais avec le formol, en lavage à 1/2000 en collyre à 1/200; mais il convient lui-même que ce traitement n'a rien donné dans les cas d'ophtalmie à gonocoques.

Nous pourrions citer maints essais analogues avec les sels de mercure, avec le phénosalyl, avec le permanganate de potasse, les sels de cuivre, la quinine, le bleu de méthylène, l'iodoforme, etc. Si chaque auteur rapporte quelques cas de guérison, il n'en est pas moins vrai que les échecs restent nombreux, et d'ailleurs il est à remarquer que toutes ces communications diverses sont restées isolées. N'est-ce pas là une preuve de l'inconstance de leurs résultats.

Restent les sels d'argent. On les a employés sous forme de crayons ou de solutions de nitrate d'argent; M. Darier (1) a essayé l'argentamine, l'argonine, le lactate, le citrate, le sulfophénate d'argent, et il donne la préférence au protargol qui sans être caustique aurait une action bactéricide plus profonde que les autres sels d'argent.

Crédé, le véritable promulgateur des cautérisations au nitrate d'argent, employait ce sel en solution au 1/50. On a depuis préféré les solutions plus étendues 1/100, 1/150, 1/200. C'est à cette dernière méthode que s'est arrêté le professeur Budin. Sauvinau, Röhmer en 1895, ont apporté de nombreuses observations en faveur de cette prati-

1. Darier. *La clin. ophtalm.* Paris, 1893, n° 1.

que. Les statistiques de Burchardt dans le service d'ophtalmologie de la Charité de Berlin parlent dans le même sens. Enfin Abadie, Galezowsky et d'autres ont conclu de même dans la *Revue Générale d'Ophtalmologie*.

Il semble qu'on doive donner la préférence aux solutions un peu étendues à 1/100 et à 1/200 ; d'ailleurs le titre de la solution doit sans doute être varié suivant la gravité des cas. La plupart des auteurs conseillent de ne pas faire plus de deux attouchements des culs-de-sac conjonctivaux par jour, mais ici encore c'est l'observation clinique attentive de chaque cas qui est le meilleur guide. Ces cautérisations demandent à être faites avec de grandes précautions, et sans léser la cornée. L'emploi du pinceau doit être proscrit comme mauvais ; comme l'ont justement fait remarquer Gaupillat et Péchin dans la *Revue Générale d'Ophtalmologie* (1895) il faudrait des pinceaux aseptiques et ne servant pas deux fois, ce qui n'est guère réalisable. Aussi doit-on préférer l'emploi d'un tampon d'ouate hydrophile monté sur un stylet. Après chaque attouchement des conjonctives, on prendra un tampon nouveau pour passer une solution d'eau salée afin de neutraliser l'excès de sel d'argent.

En résumé, si quelques bons résultats ont été fournis par diverses substances, le nitrate d'argent reste le médicament de choix, et nous terminerons en rappelant la conclusion de M. le Professeur Panas dans son rapport à l'Académie de médecine en février 1895, à propos d'un travail de M. Kalt :

« Il serait imprudent dans les ophtalmies graves dues

aux gonocoques, aux staphylocoques dorés, aux streptocoques, aux bacilles de Löffler, etc. de renoncer aux moyens qui ont fait leurs preuves, au nitrate d'argent en particulier. »

CONCLUSIONS

1° Les conjonctivites purulentes sont le plus ordinairement d'origine blennorrhagique, et dues au gonocoque de Neisser ; mais il en existe d'autres variétés qui, pour être plus rares, n'en sont pas moins graves.

2° La conjonctivite à pneumocoques s'accompagne parfois de suppuration. Elle est ordinairement bénigne.

3° Le streptocoque peut donner plusieurs formes de conjonctivites, parmi lesquelles l'une s'accompagne d'une sécrétion purulente assez abondante. Cette forme est relativement grave et peut compromettre la vision.

4° La conjonctivite scrofuleuse constitue une variété importante de conjonctivite purulente.

On l'observe le plus souvent après les fièvres éruptives et surtout chez des sujets scrofuleux atteints d'éruptions d'impétigo de la face et du cuir chevelu.

Cette variété est à peu près aussi grave que l'ophtalmie blennorrhagique ; elle peut mener rapidement aux ulcérations de la cornée, à la perte de l'œil.

5° Le traitement comprend deux parties :

a. — *Traitement prophylactique*, que l'on réalise chez le nouveau-né en suivant la méthode de Crédé, que l'on peut réaliser aussi chez l'enfant plus âgé, lorsqu'un seul

œil est atteint, en protégeant l'autre par un pansement occlusif.

b. — *Traitement curatif.* — Ce traitement a pour base fondamentale les irrigations bien faites et répétées des culs-de-sac conjonctivaux, avec une solution aseptique chaude, à l'exclusion des solutions mercurielles. Quant aux cautérisations, elles doivent être faites prudemment, proportionnées à chaque cas. Plusieurs substances ont été vantées, mais il semble que la solution de nitrate d'argent doive être conservée comme l'une des meilleures.

Vu par le président de la thèse,
BERGER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Baratz.** — Moyens de combat contre la blennorrhée des nouveau-nés (Wratch n. 11, 1894 en russe).
- Hirschberg.** — Notion histologique sur l'ophtalmie des nouveau-nés. Centr. Bl. f. Angersh, février 1894, page 40.
- Kalt.** — Traité de l'ophtalmie des nouveau-nés. Acad. de méd. octobre 1894.
- Reich Ollender.** — Usage externe de la quinine dans l'ophtalmie des nouveau-nés. — Rev. Gén. d'ophtalm. de Dor et Meyer, tome XIV, 1895.
- Sureau.** — Traité de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Journ. de clin. ext. et de thérap. infant., 1^{er} novembre 1894.
- Neisser.** — Centr. Bl. f. d. med. Wissenschaft, n. 28, 1879.
- Morax.** — Congr. ann. de la Soc. d'ophtalm. Paris 3, 6 mai 1897.
- Cuénod.** — Du pneumocoque en pathol. ocul.
— Soc. franç. d'ophtalm., mai 1895.
- Guaita.** — Le diplocoque en pathologie oculaire. — Congr. intern. de méd. — Rome 1894.
- Gasparrini.** — Le diplocoque de Fränkel en path. ocul., congr. intern. de méd. — Rome 1894.

- Axenfeld.** — De l'ophtalmie purulente métastatique. Arch. d'ophtalm. de Von Græfe. T. XL, 1894.
- Nimier et Despagnet.** — Traité élémentaire d'ophtalmologie, page 757, 1894.
- Delens.** — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus, page 312 1894.
- Herrnheisser.** — Klin. med. p. 393, déc. 1892.
- Panas.** — Traité des mal. des yeux, t. I, page 399.
- Dianoux.** — Ann. d'oculistique, 1893.
- Haushalter.** — Gaz. hebd. de méd. et chir. 8 juillet 1895.
- Parynaud.** — Ann. d'oculistique, déc. 1894.
- Gasparrini.** — Annali d'ophtalm. an XXIII, fasc. 6.
- Villeneuve.** — Thèse de Paris, 1896.
- Darier.** — La clin. ophtalm. Paris 1898, n° 1.

